

問診票(感染外来)

体温： °C

フリガナ				生年月日	性別
氏名				大正 昭和	年 月 日 男・女
				平成 令和	
住所	〒			電話番号	自宅・携帯 ー ー
お車情報	車種： 色： ナンバー：				

☐ お子さんの方のみご回答ください。

体重 (kg)

薬の種類 (粉 / 粒 / シロップ)

薬の回数 (1日2回 / 1日3回)

☐ いつから ()

☐ 発熱(最高 °C)

☐ 頭痛

☐ 咳

☐ 鼻水

☐ 吐気

☐ その他

☐ 悪寒

☐ 痰

☐ 鼻詰まり

☐ 嘔吐

☐ 倦怠感

☐ 咽頭痛

☐ 腹痛

☐ 関節痛

☐ 声枯

☐ 下痢

☐ 周囲で流行している感染症はありますか？

()

☐ 何かご希望の検査はありますか？

()

☐ 現在治療中の病気や今までかかった大きな病気を教えてください。

年齢	病名	期間	病院名

☐ アレルギーの有無を教えてください。

薬 ()

食べ物 ()

その他 ()

☐ 現在内服している薬はありますか？

なし・あり→()

※お薬手帳のご持参ありましたらご提出ください。

☐ 女性の方のみご回答ください。

現在 授乳中・妊娠中(週/ カ月)・該当なし

～ご記入ありがとうございました。～



なないろの里クリニック
NANAIRNO SATO CLINIC